

Pablo Aparicio Rodríguez-Miñón
María Herrera de La Muela
Liliana Vázquez Bol
Vanessa Carrero Martínez
Antonio López Salva
Miguel Argüelles Pintos

Mastopatía diabética

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.

Correspondencia:

Dr. P.A. Rodríguez-Miñón.
Fundación Hospital Alcorcón.
Budapest, 1. 28922 Alarcón. Madrid. España.

Fecha de recepción: 23/8/05

Aceptado para su publicación: 28/9/05

Diabetic mastopathy

RESUMEN

La mastopatía diabética (MD) es una complicación de la diabetes mellitus (DM) de larga evolución. Consiste en la aparición de nódulos mamarios que clínicamente pueden simular un proceso maligno. Las pruebas de imagen son inespecíficas. La biopsia informa de fibrosis densa e infiltración linfocitaria sin signos de malignidad. No hay riesgo de malignización de las lesiones. Se trata el caso de una mujer de 32 años, con DM tipo 1 que presenta en la mama izquierda un nódulo retroareolar de 4 cm, móvil, mal delimitado, duro e irregular, sin signos inflamatorios. La ecografía y la mamografía muestran mamas densas sin signos de malignidad. El diagnóstico se realiza con biopsia percutánea y el manejo es conservador mediante revisiones periódicas, descartando la exéresis quirúrgica. En conclusión, aunque clínicamente la MD simule un proceso maligno, siempre es benigna. Se diagnostica mediante *core*-biopsia y el manejo debe ser conservador; no precisa cirugía.

PALABRAS CLAVE

Mastopatía diabética. Mama. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Diabetic mastopathy is a complication of long-standing diabetes mellitus (DM). It consists of breast nodules that can mimic a malignant process. Imaging tests are nonspecific. Biopsy reveals dense fibrosis and lymphoid infiltrates without signs of malignant disease. There is no risk of malignant transformation of the lesions.

A 32-year-old woman with DM type 1 presented with a 4-cm, hard, palpable mass in the subareolar region of the left breast. The nodule was mobile and irregularly shaped, without signs of inflammation. Diagnosis was based on percutaneous biopsy. Management was conservative through periodic follow-up visits and surgical resection was ruled out.

In conclusion, although diabetic mastopathy can mimic cancer, it is always a benign process.

Diagnosis must be made with core biopsy and treatment should avoid surgery.

KEY WORDS

Diabetic Mastopathy. Breast. Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La mastopatía diabética es una complicación poco frecuente y conocida de la diabetes mellitus (DM) que se desarrolla principalmente en pacientes con DM tipo 1 de larga evolución (alrededor de 20 años), aunque también hay casos descritos en pacientes con DM tipo 2 en tratamiento con insulina¹. Por norma general, suelen aparecer en pacientes entre 30 y 60 años de edad, aunque hay casos publicados de pacientes mayores de 80 años^{2,3}.

Fue descrita por primera vez por Soler, quien publicó en 1984 12 casos de mujeres con nódulos mamarios fibróticos y DM tipo 1².

Es más frecuente que aparezca en pacientes que presentan otras complicaciones típicas de la DM, como nefropatía o neuropatía y, principalmente, retinopatía³. Hay descritos casos de nódulos de mastopatía diabética bilaterales y múltiples, y casos de recurrencia de éstos tras la exéresis quirúrgica, aunque en la mayoría de las pacientes son lesiones retroareolares, únicas, unilaterales, de consistencia dura, mal delimitadas, móviles, en ocasiones dolorosas y sin signos de inflamación. Por todas estas características, son difícilmente distinguibles de los nódulos malignos.

La mamografía y la ecografía mamaria son inespecíficas sin encontrar signos característicos de lesión maligna. En la ecografía suelen apreciarse sombras acústicas y en la mamografía un aumento de la densidad del parénquima, sin discernir claramente el nódulo palpable. La punción aspirada con aguja fina (PAAF) suele resultar como muestra insuficiente, no valorable por el alto grado de fibrosis, por lo que se recomienda *core*-biopsia para el diagnóstico⁶.

Histológicamente, se trata de una fibrosis densa de la estroma y una infiltración linfocitaria (principalmente de linfocitos B) alrededor de los vasos sanguíneos, *ductus* y lóbulos mamarios (figs. 1 y 2).

La mastopatía diabética no es una lesión premaligna ni las pacientes con mastopatía diabética tie-

nen mayor predisposición al desarrollo de lesiones malignas⁷ de mama, por lo que es importante realizar un control mediante *core*-biopsia de las lesiones nueva aparición; no es necesario ni recomendable la exéresis de los nódulos⁸.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, que consultó en el servicio de urgencias por notar un nódulo doloroso en la mama izquierda desde hacía una semana.

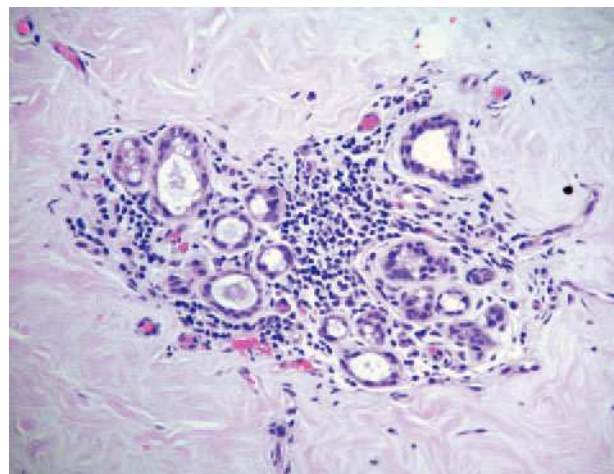


Figura 1. Mastopatía diabética.

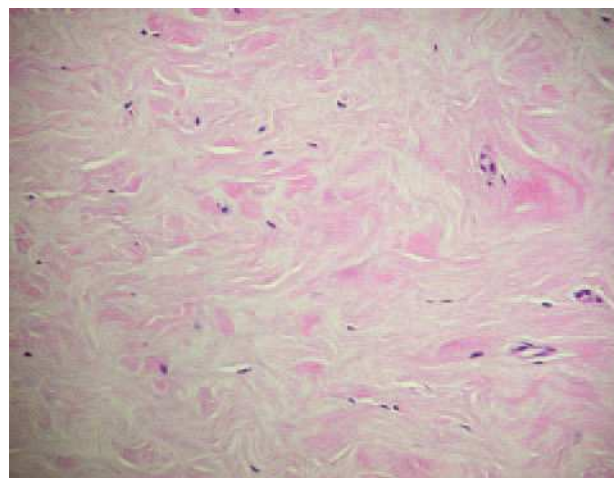


Figura 2. Mastopatía diabética.

Como antecedentes destacaba únicamente una DM tipo 1 diagnosticada a los 15 años en el contexto de una cetoacidosis diabética, con retinopatía diabética no proliferativa leve, sin nefropatía ni neuropatía; apendicectomizada y amigdalectomizada; nuligesta.

A la exploración se palpaba en la mama izquierda un nódulo retroareolar de 4 cm, móvil, mal delimitado, duro e irregular, sin signos inflamatorios ni telorrea. El resto de la exploración mamaria sin hallazgos significativos.

En la ecografía y la mamografía se detectaron mamas muy densas sin signos de malignidad.

Ante la discordancia entre la exploración y las pruebas de imagen se realizó PAAF, cuyo resultado mostró una inflamación crónica inespecífica, negativa para células malignas. Se realizó posteriormente una biopsia percutánea que encontró una notable fibrosis colágena de la estroma, con ocasionales fibroblastos prominentes y un infiltrado inflamatorio crónico, en algunas casos de localización perivascular y fundamentalmente de localización periductal. Los ductus mostraban una hialinización de la estroma. No se observaban signos de malignidad. Todos estos hallazgos eran compatibles con una mastopatía diabética.

Se informó a la paciente del proceso; no parecía indicado realizar una exéresis de la tumoración, y se le recomendó que efectuara seguimientos periódicos.

Hemos mantenido el seguimiento de la paciente durante 3 años, en cuyo período la mujer ha presentado 2 gestaciones. Realizamos una biopsia al inicio de la primera gestación y no encontramos cambios histológicos. Clínicamente, el nódulo per-

maneció estable durante las gestaciones, aunque más difícilmente palpable por la hipertrofia mamaria fisiológica asociada con el embarazo.

DISCUSIÓN

La verdadera incidencia de la mastopatía diabética es desconocida, aunque supone menos de un 1% de las lesiones benignas de mama.

Destacamos, en primer lugar, que se trata de un proceso benigno, sin importancia en sí mismo, salvo la ansiedad que puede despertar en la mujer que la padece por la rápida aparición de los nódulos y su crecimiento, lo que le lleva a pensar que se trata de un proceso maligno.

Por otro lado, la exploración mamaria difícilmente difiere de los nódulos malignos, por lo que la anamnesis y la edad de la paciente pueden ser determinantes, ya que pueden orientar el diagnóstico.

Las pruebas de imagen (mamografía y ecografía mamaria) son inespecíficas, no encuentran signos de malignidad, lo que podría considerarse como un criterio de benignidad, aunque sin excluir en ningún caso la necesidad de realizar una biopsia.

Apenas se han publicado poco más de un centenar de casos y en ninguno se ha descrito malignización del proceso. Así, dado que no parece aumentada la incidencia de cáncer y las lesiones de mastopatía diabética no son consideradas lesiones premalignas, el seguimiento mediante exploración y pruebas de imagen parece ser suficiente para el control de las pacientes, evitando la exéresis quirúrgica.

No encontramos en la bibliografía ningún caso documentado de mastopatía diabética y gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdez R, Thorson J, Finn WG, Schnitzer B, Kleer CG. Lymphocytic mastitis and diabetic mastopathy: a molecular, immunophenotypic, and clinicopathologic evaluation of 11 cases. *Modern Pathology*. 2003;16:223-8.
2. Kojima T, Kammori M, Hashimoto M, Ogawa T, Yasuda H, Takazawa Y, et al. Diabetic mastopathy in an advanced elderly woman with insulin-dependent type 2 diabetes mellitus. *Breast Cancer*. 2003;10:374-7.
3. Ely KA, Tse G, Simpson JF, Clarfeld R, Page DL. Diabetic mastopathy. A clinicopathologic review. *Am J Clin Pathol*. 2000; 113:541-5.
4. Soler NG, Khardori. Fibrous disease of the breast, thyroiditis, and cheiroarthropathy in type I diabetes mellitus. *Lancet*. 1984;1:193-5.
5. Byrd BF Jr, Hartmann WH, Graham LS, Hogle HH. Mastopathy in insulin-dependent diabetics. *Ann Surg*. 1987;205:529-32.
6. Cooper Z, McKay M. Diabetic mastopathy. *Am J Emerg Med*. 2004;22:498.
7. Kudva YC, Reynolds C, O'Brien T, Powell C, Oberg AL, Crotty TB. «Diabetic mastopathy» or sclerosing lymphocytic lobulitis, is strongly associated with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25:121-6.
8. Camuto PM, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy: a report of 5 cases and a review of the literature. *Arch Surg*. 2000; 135:1190-3.